

Procedimiento. — Colocado el blefarostato, diséquese la conjuntiva circularmente alrededor de la córnea, en una extensión de 2 á 3 milímetros, sirviéndose de las pinzas y del cuchillo de de Græfe.

Con este mismo cuchillo se punciona la esclerótica á 2 milímetros del limbo esclero-corneal. Introdúzcase por esta pequeña herida una de las ramas de las tijeras curvas y divídase la esclerótica circularmente, manteniéndose siempre á la misma distancia de la córnea.

Eliminado el segmento anterior del ojo, introdúzcase la cucharilla de Volkmann en la cavidad; quitense el cristalino y el cuerpo vítreo, si es que no se han escapado ya fuera, y después ráspese con cuidado todo el cuerpo ciliar, el resto de la coroides y la retina, dejando sólo la esclerótica.



FIG. 526. — Cucharilla cortante de Volkmann

Finalmente, reúnanse por cinco ó seis puntos de sutura delante del muñón el colgajo conjuntival superior al colgajo conjuntival inferior.

Siendo el raspado del ojo extremadamente doloroso, es indispensable la anestesia.

La operación de de Græfe da un muñón tan ventajoso como la operación de Taylor (amputación del segmento anterior del globo del ojo), y ofrece al mismo tiempo más seguridad terapéutica. Expone menos á los accidentes meningíticos que la enucleación, pues son respetados el espacio linfático de Tenon y los espacios vaginales del nervio óptico.

Probablemente para utilizar esta última ventaja, es que Truc (1) ha hecho extensiva la aplicación de la exenteración, bajo el nombre de *excavación (évidement) del globo ocular*, al tratamiento de la panoftalmítis; además, — vaciada la cavidad ocular de su contenido purulento por medio de la cucharilla roma, — por exceso de precaución *no raspa* la cara interna de la esclerótica, y se contenta con practicar inyecciones de-tersivas. Creemos también que es ésta una excelente modificación de la exenteración bulbar.

VACIAMIENTO Ó EXCAVACIÓN DE LA ÓRBITA

El vaciamiento ó excavación de la órbita, llamada también *excentración* por de Arlt, consiste en extirpar, no solamente el bulbo, sino también todas las partes blandas que le rodean (cápsula, músculos, tejido céluulo-grasoso etc.), de manera que no quede nada en la cavidad orbitaria. En caso de necesidad se sacrifican también uno ó los dos párpados.

Esta operación está indicada cuando el contenido de la órbita es asiento de un neoplasma maligno, demasiado extendido para ser tratado con algunas probabilidades de éxito por la enucleación simple del bulbo ocular.

Aparato instrumental:

- Dos separadores de párpados;
- Un escalpelo recto, largo y estrecho;
- Un par de tijeras curvas romas;
- Una buena provisión de pinzas hemostáticas;
- Una pinza de disección y pinzas de garra ó de diente de ratón;
- Una aguja curva ordinaria provista de un fuerte hilo ó hebra de seda;
- Algunas pequeñas agujas curvas provistas de seda fina.

(1) Truc (Th. de Siffre et de Flamant, Montpellier, 1889; *Semaine médic.*, pág. 469, 1894).

Procedimiento del autor: *párpados y conjuntivas sanas*. — Divídase la comisura palpebral, con el escalpelo, hasta el reborde orbitario.

Mientras que los párpados son fuertemente separados por un ayudante, atraviésese de parte á parte la esclerótica cerca del limbo corneal, con la aguja armada ó provista de un fuerte hilo, anúndense los cabos de este hilo y sirva el asa resultante como medio de tracción sobre el ojo.

Siguiendo el consejo de Chauvel, introdúzcase la hoja del escalpelo á lo largo de la pared orbitaria interna, hasta que su punta alcance el fondo de la cavidad: despréndase, volviendo dicha hoja hacia afuera y rasando las paredes de la órbita, toda la semicircunferencia inferior. Vuélvase el instrumento á su punto de partida y despréndase igualmente toda la semicircunferencia posterior.

Tírese del ojo hacia adelante, introdúzcanse las tijeras romas á lo largo de la pared interna de la órbita y secciónese el pedículo en el fondo de la cavidad.

Extírpese ó acábese de quitar la glándula lagrimal, avídense los bordes libres de los párpados, sutúreselos y después colóquense dos tubos de drenaje en los dos ángulos del corte ó división palpebral mencionada al principio.

Si los fondos de saco conjuntivales están igualmente invadidos por el tumor, antes de llevar circularmente el escalpelo alrededor de las paredes de la órbita, se disecan dichos fondos de saco á fin de extirparlos con el resto de la masa. Finalmente, cuando el mal se extiende á los mismos párpados, la línea de excisión en masa se practica por fuera, alrededor de la base de la órbita.

Siendo la hemorragia casi siempre considerable, es preciso estar prevenidos, para ganar tiempo. Se la domina fácilmente por la forcipresión y mucho mejor todavía por el taponamiento metódico con la gasa yodofórmica, seca ó impregnada de alcohol alcanforado.

Si el neoplasma ha invadido las partes duras, se termina la *toilette* ó limpia del campo operatorio con la

tijera, los raspadores ó legras, ó la cucharilla de Volkmann, teniendo cuidado con las escapadas del instrumento hacia la hendidura esfenoidal, la cavidad craneana y el cerebro.

PARACENTESIS DE LA CÁMARA ANTERIOR

La paracentesis de la cámara anterior es la abertura de la misma por punción. Se debe practicar preferentemente, no con una aguja, sino con un cuchillo ó escalpelo especial, de forma lanceolar y con tope de parada, cuchillo cuya hoja mide en su base de 3 á 4 milímetros.

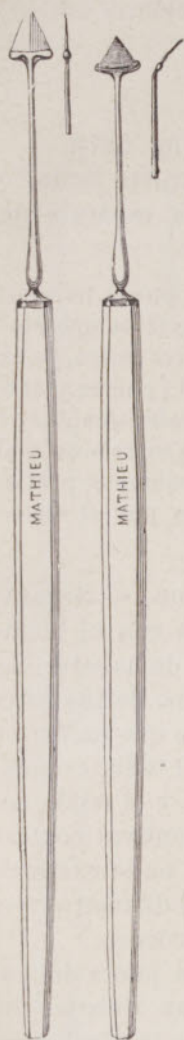


Fig. 527.— Cuchillete lanceolar recto y acodado, para la paracentesis de la cámara anterior del globo ocular

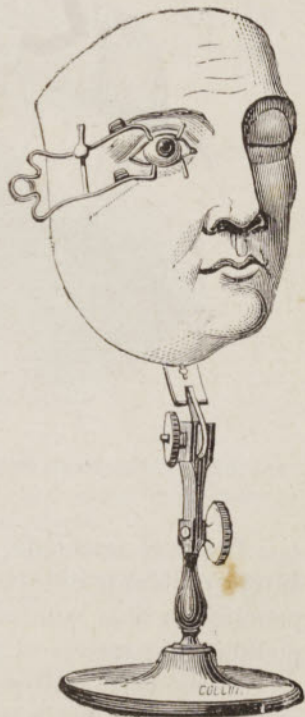


Fig. 528.— Mascarilla oftálmica de Collin

Combinada con la antisepsis y en caso necesario con la cauterización ígnea, está indicada esta operación: en la infiltración purulenta de la córnea, en el hipopión, en la úlcera de la córnea de tendencia perforante, en los casos tan variados de glaucoma agudo que podría llamarse *anterior* y en los que hay una tensión considerable de la cámara anterior á causa de hipersecreción.

Aparato instrumental:

Un blefarostato;

Una pinza fijadora;

Un escalpelo lanceolar, recto ó acodado, según convenga (fig. 527);

Un pequeño estilete romo, ó una pequeña espátula de concha.

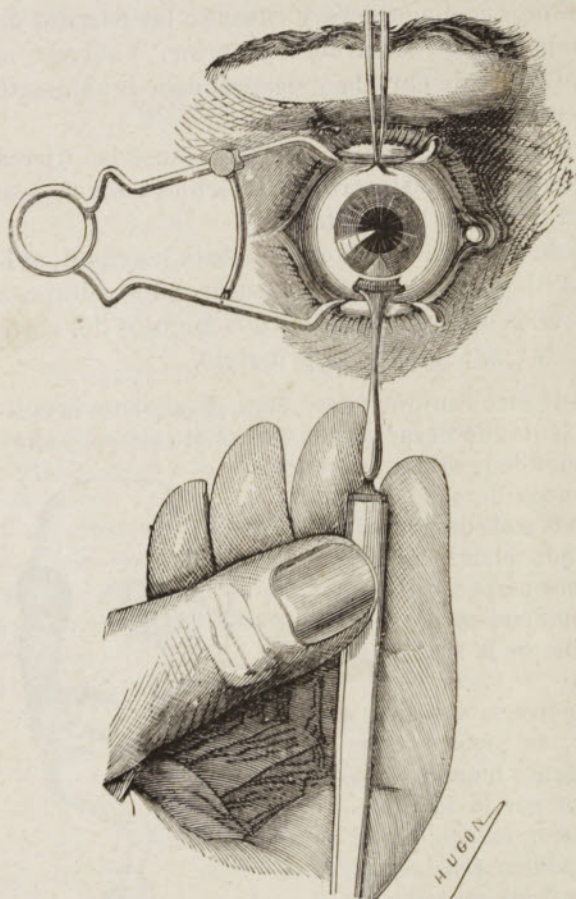


FIG. 529. —Paracentesis de la cámara anterior (Abadie)

La operación puede hacerse, para practicar ejercicios operatorios, ya en el cadáver fresco, ya en un ojo de animal (puerco, conejo), sujeto á un *oftalmo-fantôme* de Collin (fig. 528), ya sobre el animal vivo (conejo, por ejemplo) previamente anestesiado por el clorofórmico.

Procedimiento. — Separados los párpados con el blefarostato, después de haberse colocado el cirujano detrás de la cabeza del sujeto que ha de ser operado, fíjese el bulbo cogiendo la conjuntiva y el tejido conectivo subconjuntival con las pinzas de garra, en la extremidad superior del diámetro vertical, junto á la córnea.

Aplíquese la punta del cuchillete lanceolar debajo del borde inferior de la córnea, *sobre el limbo conjuntival*, dirigiéndolo hacia el centro del ojo, introduciéndolo por un movimiento continuado y lento.

Desde el momento en que la punta del cuchillete aparece en la cámara anterior, delante del iris, dirijase hacia atrás el mango del instrumento y hágase penetrar la hoja lanceolar hasta cerca del tope de parada, manteniéndola completamente paralela al plano anterior del iris (fig. 529).

Hecho esto, retírese poco á poco el instrumento, pero con la precaución de volver la punta hacia la cara posterior de la córnea. El humor acuoso ó el pus se escapan. Si hay prociencia del iris, hágase la reducción con el estilete ó con la pequeña espátula.

ESCLEROTOMÍA

Con el nombre de *esclerotomía* se comprende generalmente el desbridamiento del borde anterior de la esclerótica, ya por punción con un cuchillo lanceolar, ya por incisión con el cuchillo de de Græfe.

Este desbridamiento tiene por objeto hacer cesar la estasis de la circulación linfática, que tiene lugar en la zona ciliar, en el glaucoma agudo ó crónico (Quaglino, de Wecker).

Aparato instrumental:

Un blefarostato;

Una pinza fijadora;

Un cuchillo lanceolar, el de Parenteau (figura 530), por ejemplo, ó un cuchillo de Græfe (fig. 531);

Un estilete romo.

a. *Procedimiento por punción.*— Separados los párpados por el blefarostato, después de haberse colocado el operador á la derecha ó á la izquierda de la cabeza del enfermo, según el ojo que hay que operar, fijese el globo con la pinza cogiendo la conjuntiva en la extremidad inferior del diámetro vertical.

Aplíquense las puntas del cuchillo lanceolar de Parenteau á un milímetro por detrás del borde su-

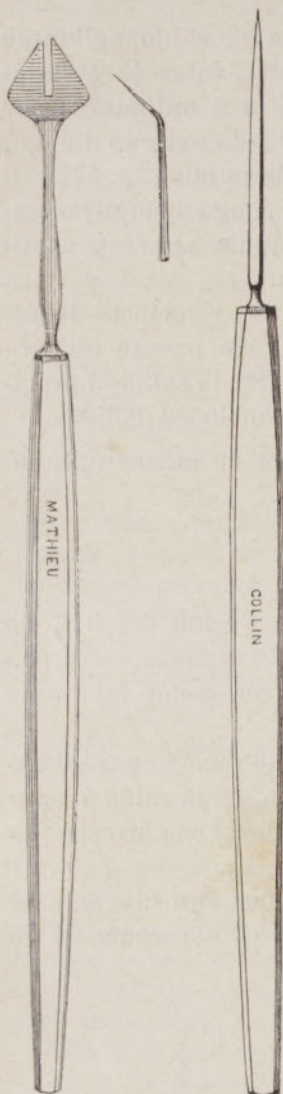


FIG. 530
Cuchillo
lanceolar de
Parenteau



FIG. 531
Cuchillo
de
de Græfe

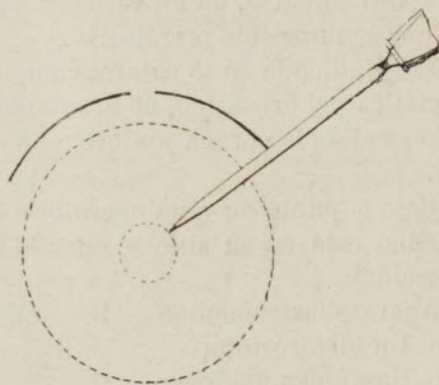


FIG. 532. — Esclerotomía con el cuchillo de de Græfe
Punción de la córnea

El pequeño círculo de puntos, representa la pupila; el grande representa la circunferencia de la córnea; los dos trazos completos con el puente intermedio, representan el resultado de la sección de la esclerótica, una vez terminada la operación

perior de la córnea, sobre la esclerótica, y empújesele suavemente hacia abajo.

Desde el momento en que las puntas del instrumento asoman por el recodo ó ángulo de la cámara anterior, llévase su mango hacia atrás para dirigirlas hacia la cara posterior de la córnea; después continúese empujando el cuchillo lanceolar hasta que la brecha ó abertura de la esclerótica sea tan extensa como sea posible.

Entonces retírese la hoja del instrumento muy lentamente, apoyándola por

su plano sobre el iris para impedirle que sea arrastrado por el derrame del humor acuoso y venga á formar hernia en la herida.

El cuchillo lanceolar de Parenteau pone mejor que ningún otro al abrigo de este accidente, gracias á la ranura ó escotadura media que tiene de $1\frac{1}{2}$ á 2 milímetros de ancho, y por consiguiente, gracias al puente esclero-conjuntival que deja después de retirado, entre las secciones producidas por sus dos mitades.

b. *Procedimiento por incisión (de Wecker)*.—Estando fijo el ojo, aplíquese la punta del cuchillo de Græfe, teniendo su filo hacia arriba, sobre la esclerótica á 1 milímetro del borde transparente de la córnea y á 2 milímetros por debajo de la tangente al vértice de esta membrana, por el lado externo del ojo, é introdúzcasele en la cámara anterior hacia el centro de la pupila (fig. 532).

Bájese el mango del instrumento hasta que la hoja se ponga completamente horizontal y hágase salir de nuevo la punta, por un impulso suave y continuado, por el punto diametralmente opuesto al de entrada.

Por medio de pequeños ó cortos movimientos de vaivén, seccionese la esclerótica, hasta que solamente quede por arriba un pequeño puente esclero-conjuntival ancho de 2 milímetros, que tiene por objeto evitar la salida ó prociencia del iris: finalmente, retírese el cuchillo con las precauciones debidas.

Antes y después de la operación, se practican instilaciones de eserina (0,05/10) ó de pilocarpina (0,10/10).

IRITOMÍA

La iritomia ó iridotomía no es otra cosa que la simple sección del iris. Se la practica generalmente con un fin óptico (pupila artificial), algunas veces con un fin antiflogístico, en los casos en que la iridectomía parece menos favorable ó en que es imposible practicarla.

Está indicada en la catarata zonular ó central, en la luxación congénita ó traumática del cristalino, en el estafiloma pellúcido ú opaco, en la nube ó mancha central de la córnea y sobre todo en la catarata secundaria con atresia pupilar.

Bajo el punto de vista operatorio es preciso distinguir dos casos: cuando el cristalino está en su sitio y cuando está dislocado ó falta (á consecuencia de extracción).

Aparato instrumental:

Un blefarostato;

Una pinza fijadora;

Una pinza de iridectomía;

El cuchillo lanceolar corto de de Wecker (fig. 533);

Las pinzas tijeras de de Wecker (fig. 534);

Una espátula para el iris (iridiana).

Procedimiento intra-ocular. — Supongamos que se trata de colocar la pupila en la parte inferior é interna del ojo derecho, ocupando el cristalino su sitio.

Colocado el blefarostato, fijese el globo ocular cogiendo con la pinza la conjuntiva y el tejido conectivo subconjuntival debajo del radio ínfero-interno de la córnea.

Aplíquese la punta del cuchillo lanceolar, en el punto medio del radio superior externo (*a*, fig. 535), de manera que la hoja del instrumento sea perpendicular á este radio: después introdúzcasela á través de la córnea, y desde el momento en que la punta aparece en la cámara anterior hágase penetrar la lámina

oblicuamente hasta el tope, teniendo por objeto esta oblicuidad de dirección evitar la puntura ó herida del iris y del cristalino.

Retírese suavemente la lámina por pequeños movimientos de báscula. Introdúzcanse cerradas las pinzas-tijeras de Wecker á través de la herida de la córnea, que tiene 4 milímetros; condúzcase su extremidad sobre el borde pupilar del lado opuesto y ábranse un poco: continúense haciéndolas adelantar hacia la periferia de la córnea abriéndolas á medida que se va adelantando, después divídase el iris de un solo golpe aproximando las ramas de las pinzas por presión y retírese luego el instrumento cerrado.

La pupila así obtenida es al principio lineal y sólo toma la forma de una V por la renovación del humor acuoso y la separación consecutiva de los labios ó bordes de la herida.

La iritomía intra-ocular, practicada de este modo cuando el cristalino es transparente, es una operación bastante delicada y peligrosa para el cristalino. Por este motivo, recientemente Schöler y de Vincentiis (1) con el nombre de *iritomía ab externo ó precorneana*, y Lagrange (2) (de Burdeos) con el de *iritomía al descubierto*, han modificado el manual operatorio, de la manera siguiente: «Después de haber practicado con el cuchillo lanceolar una incisión lineal hacia el limbo, en el punto en que se quiere incidir el iris,» atraen esta membrana hacia afuera

con una pinza, dividiendo el esfínter con las pinzas-tijeras de Wecker ó el cuchillo de de Græfe y volviendo á colocar suavemente el iris así incindido en la cámara anterior por medio de la espátula.

Cuando lo que motiva la iritomía es una catarata secundaria, la sección única ó doble en V del iris, se practica debajo de la misma brecha de la córnea y no del lado diametralmente opuesto como en el caso precedente. Sirve para ello el largo cuchillo lanceolar con tope de Wecker, que se introduce en la córnea y en la cámara anterior á 2 milímetros del limbo esclerocorneal y atraviesa luego el iris. Una hoja ó rama de las pinzas-tijeras es introducida por la brecha del iris, detrás del mismo y la otra por delante de él y se le incinde. El colgajo iridiano resultante, si se han hecho dos secciones, se retrae hacia la primitiva pupila; ó bien la hendidura del iris se ensancha si se ha limitado el cirujano á practicar una sección única.

(1) Schöler et de Vincentiis. *Rev. d'opht.*, 1896.

(2) Lagrange (*Congr. périod. de gyn., obstétrique et pédiatrie*, Bordeaux, pág. 902, de Agosto 1895; *Thèse de Dor*, Burdeos, Noviembre de 1895).

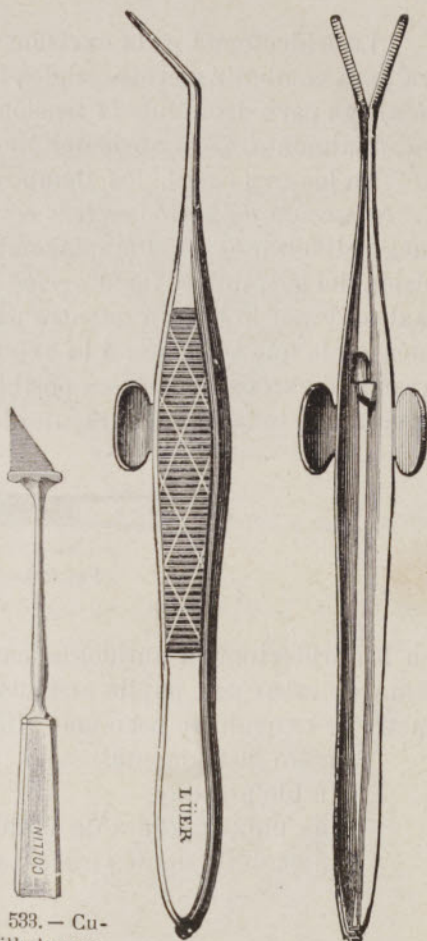


FIG. 533. — Cuchillo lanceolar con tope de Wecker

FIG. 534. — Pinzas-tijeras de Wecker

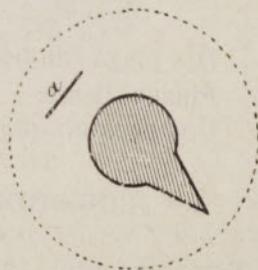


FIG. 535. — Iritomía para pupila artificial

IRIDECTOMÍA

La iridectomía es la excisión más ó menos extensa del iris. Se la practica, ya para combatir ciertos estados inflamatorios del ojo (*iridectomía antiflogística*), ya para disminuir la tensión intra-ocular (*iridectomía antiglaucomatosa*), ya, finalmente, para abrir una nueva pupila (*iridectomía óptica*).

En los tres casos, los tiempos especiales de la operación son los mismos: 1.º *la sección del limbo esclero-corneal*: 2.º *la excisión del iris*. En lo que desde luego difieren es en el emplazamiento de la sección esclero-corneal y de la excisión del iris, que se hace *arriba* en la iridectomía antiflogística ó antiglaucomatosa y por lo común *adentro* para la iridectomía óptica. Difieren luego también en lo que se refiere á la extensión de la excisión del iris, que debe ser tan grande ó extensa como sea posible (una cuarta ó quinta parte del diafragma) y comprende toda la anchura, desde el borde de la pupila hasta la región ciliar,



FIG. 536.— Pinza recta de iridectomía

en las iridectomías antiflogística y antiglaucomatosa, mientras que cuando se trata de crear una pupila artificial, debe ser estrecha (3 ó 4 milímetros de diámetro) y extenderse poco más allá del esfínter del iris.

Aparato instrumental:

Un blefarostato;

Una pinza fijadora de Waldau;

Un cuchillo de de Græfe ó un cuchillo lanceolar recto ó acodado;



FIG. 537.— Pinza curva de iridectomía

Dos pinzas de iridectomía, una recta y otra curva (figs. 536 y 537);

Pinzas-tijeras:

Una espátula para el iris.

A.—IRIDECTOMÍA ANTIFLOGÍSTICA Ó ANTIGLAUCOMATOSA

Procedimiento. — Después de haberse colocado el cirujano detrás de la cabeza del enfermo si se opera el ojo derecho, á la izquierda y delante si se opera el ojo izquierdo,—y aplicado el blefarostato, fíjese el bulbo con la pinza de Waldau cogiendo la conjuntiva y el tejido conectivo subyacente en la extremidad inferior del diámetro vertical.

Aplíquese la punta del cuchillo de Græfe, sobre el mismo limbo esclero-corneal, en el lado externo, 2 milímetros y medio por debajo de la tangente al borde superior de la córnea, después de haberse asegurado de que el filo mira hacia arriba. Introdúzcasele sencillamente á través de la córnea y desde que asoma en la cámara anterior, continúese empujándolo por delante del iris en

sentido perfectamente horizontal y hágasele salir por el punto interno correspondiente del limbo esclero-corneal (fig. 538).

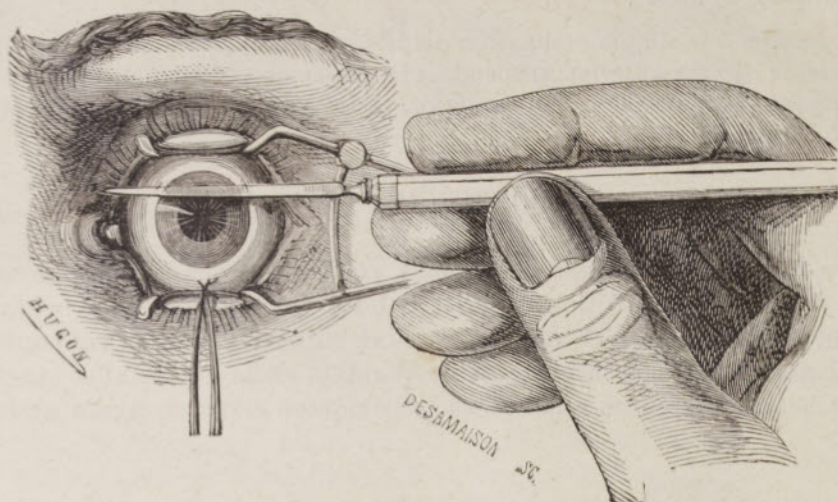


FIG. 538.—Iridectomía antiflogística ó antiglaucomatosa. Punción y contrapunción para la sección del limbo esclero-corneal (Abadie)

Secciónese el limbo por una serie de movimientos de vaivén, y en el momento en que va á terminarse la sección hágase salir el instrumento dirigiendo algo su filo hacia la córnea.

Si el iris no forma hernia, pásense las pinzas curvas por la herida, cuyo labio posterior se deprime ligeramente con la convexidad de las pinzas. Cuando se ha llegado cerca del borde pupilar, se entreatren las pinzas para recibir el iris que se introduce entre sus ramas, cerrándolas de nuevo y atra-

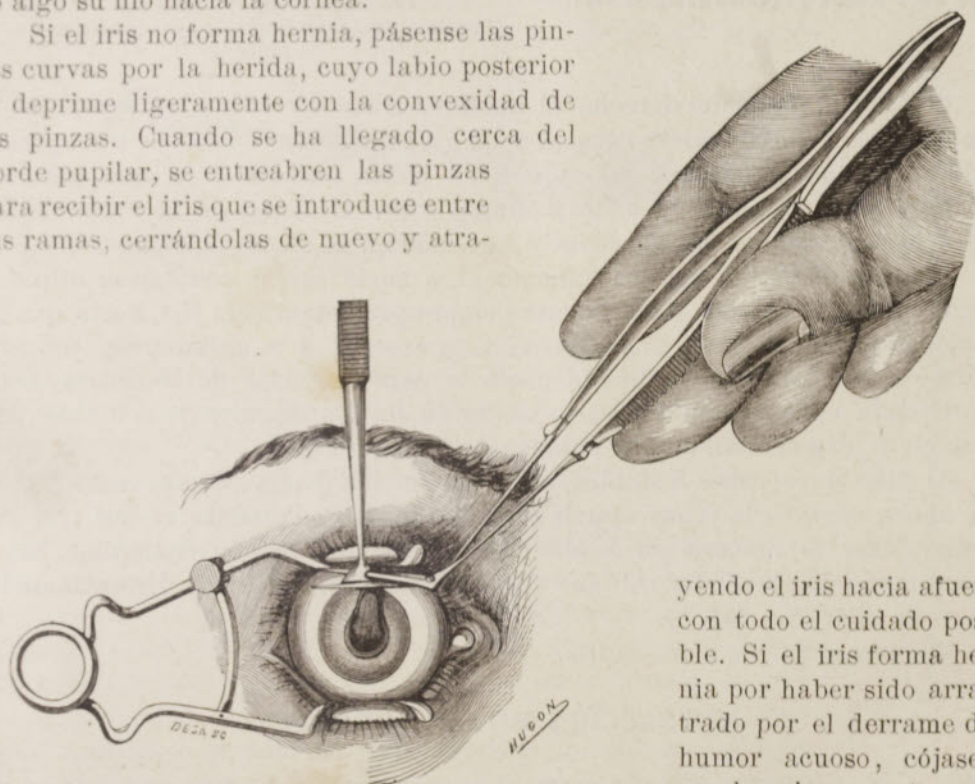


FIG. 539.—Iridectomía antiflogística ó antiglaucomatosa. Excisión del iris (Abadie)

yendo el iris hacia afuera con todo el cuidado posible. Si el iris forma hernia por haber sido arrastrado por el derrame del humor acuoso, cójasele con las pinzas rectas.

Confíese la pinza fijatriz de Waldau á un ayudante que debe mantener el globo ocular vuelto hacia abajo sin ejercer presión; tómense las pinzas de iridectomía con la mano izquierda, y con las tijeras-pinzas cogidas con la derecha, excíndase el iris de un solo golpe (fig. 539).

Con la espátula, redúzcanse los colgajos del iris para impedir todo enclavamiento de los mismos.

Resultado (fig. 540).

Si la sección ó la simple prehensión del iris, va acompañada de una pequeña hemorragia en la cámara anterior, suspéndase la operación por algunos instantes; luego desembarácese ó límpiese la cámara anterior, ya directamente, ya por suaves presiones sobre la córnea.

B.—IRIDECTOMÍA ÓPTICA

Procedimiento. — Después de haberse colocado el cirujano á la derecha, si se opera el ojo derecho, ó detrás de la cabeza del enfermo, si se opera el ojo izquierdo, y aplicado el blefarostato, fijese el bulbo cogiendo la conjuntiva y el tejido subconjuntival con la pinza de de Waldau, en la extremidad externa del diámetro horizontal, junto á la córnea, y colóquese el ojo en ligera abducción.



FIG. 540.— Ancha ó extensa excisión del iris

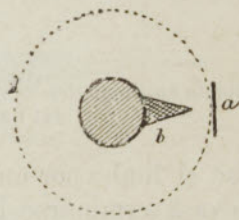


FIG. 541.— Iridectomía óptica
Pupila artificial en forma de pequeña llama de bujía

Cójase con la mano derecha el cuchillo lanceolar acodado, aplíquese la punta sobre el limbo-esclero-corneal á 1/2 ó á 1 milímetro del borde transparente de la córnea (fig. 541, *a*), colocada dicha punta paralela á la cara anterior del iris y tomando apoyo el dedo meñique sobre el dorso de la nariz: luego hágasela penetrar por presión lenta y sostenida en la cámara anterior.

Dirijase el mango del instrumento algo hacia atrás; continúese introduciendo la hoja lanceolar, deslizándola siempre por delante del iris, hasta que la sección exterior del limbo mida aproximadamente 7 á 8 milímetros; entonces retíresela con la punta inclinada hacia la cara posterior de la córnea, pero agrandando ó ensanchando la parte *profunda* de los ángulos de la herida por un doble y leve movimiento de palanca de arriba abajo.

Al cabo de algunos instantes, atráigase el iris hacia afuera, como ya se dijo antes; confíese la pinza fijatriz á un ayudante y excíndase el iris con las tijeras-pinzas, de manera que se obtenga una pequeña brecha triangular, cuya base comprenda el esfínter iridiano y cuyo vértice esté á alguna distancia de la inserción ciliar (fig. 541, *b*).

Redúzcase exactamente el iris.

EXTRACCIÓN DE LA CATARATA

La *extracción*, inventada por Daviel (1748-1752), es todavía hoy día casi el único método operatorio usado para el tratamiento de la catarata. La *depresión* está raramente indicada en la catarata senil; la *discisión* y la *succión* están reservadas, la primera para las cataratas congénitas y las cataratas blandas de los individuos jóvenes, la segunda para las cataratas líquidas puras, puesto que las de núcleo flotante deben también ser tratadas por la extracción.

La misma extracción ha sufrido innumerables modificaciones que se refieren principalmente, ya á la sección de la córnea y la esclerótica, ya á la exci-

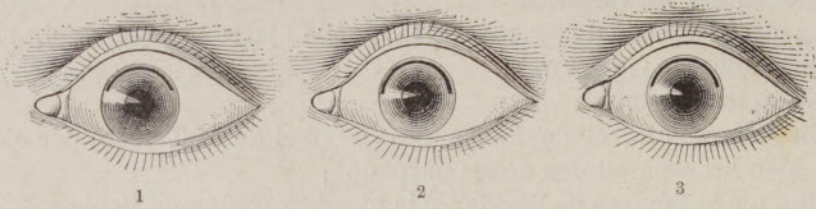


FIG. 542.— Principales tipos de queratotomía para la extracción de la catarata á colgajo periférico
1 (de Wecker), colgajo del tercio de la circunferencia de la córnea; 2 (Abadie), colgajo de casi la mitad de la circunferencia;
3 (Panas), colgajo aproximadamente idéntico

sión del iris, ya á la extensión de esta excisión ó á su abandono absoluto ó condicional, ya, finalmente, á la abertura de la cápsula del cristalino y la extracción propiamente dicha del mismo cristalino. La mayor parte de estas modificaciones no tienen valor real y sí sólo interés histórico. En los actuales momentos, por lo menos en Francia, se emplea principalmente el procedimiento de *extracción á colgajo periférico* (fig. 542), simple ó combinado con la iridectomía, según los casos. El procedimiento lineal de de Græfe, después de un largo reinado, parece haber caído en desuso.

Sólo describiremos dos procedimientos, el de de Wecker y el de Abadie, fundados, por lo demás, uno y otro en el mismo principio, esto es, en el emplazamiento de la sección del colgajo

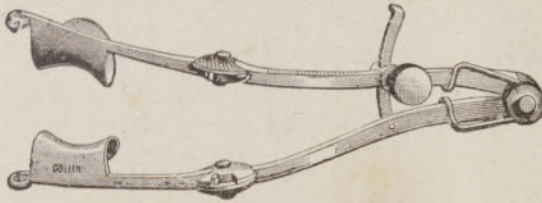


FIG. 543.— Blefarostato de Panas.

precisamente en el limbo esclero-corneal. Sus ventajas sobre todos los demás procedimientos nos parecen indiscutibles.

Cuidados preliminares. — Después de haberse cerciorado perfectamente de la percepción luminosa del ojo ó de los dos ojos que deben ser operados, es preciso *desinfectar* cuidadosamente, si hay tiempo *con muchos días de anticipación*, la conjuntiva y sus fondos de saco, los bordes ciliares, las vías lagrimales y las fosas nasales: irrigaciones de agua simplemente esterilizada, boricada (4 por 100), sublimada (1 por 5000), biyodúrica de Panas (1 por 25000); desengrase con la solución de carbonato de sosa (2 por 100); instilaciones de Valuec al formol (1 por 500); aplíquese cada vez después de estos lavados un apósito aséptico. Cuando esta desinfección preparatoria no es necesaria, estará siempre indicado hacer, por lo menos *la víspera de la operación*, igual limpieza ó *toilette* antiséptica.

En el momento de la operación se lavan de nuevo la conjuntiva y sus fondos de saco con el agua esterilizada en el autoclave, se cubre el ojo que no debe operarse y se insensibiliza el otro instilando la cocaína aséptica (1 por 40)



FIG. 544
Cuchillo
de catarata de
Abadie

en tres instilaciones distintas con intervalos de dos minutos de una á otra. La anestesia general, con preferencia al cloroformo, debe reservarse para los individuos indóciles y nerviosos.

Para mayor precaución y seguridad, puede fijarse la cabeza sobre la almohadilla mecánica de Galezowski.

Aparato instrumental:

Un blefarostato, el de Panas (fig. 543) ó el de A. Terson, por ejemplo, ó bien los separadores de los párpados;

Una pinza fijadora de Waldau ó la pinza serre-fine de Vacher que puede quitarse instantáneamente;

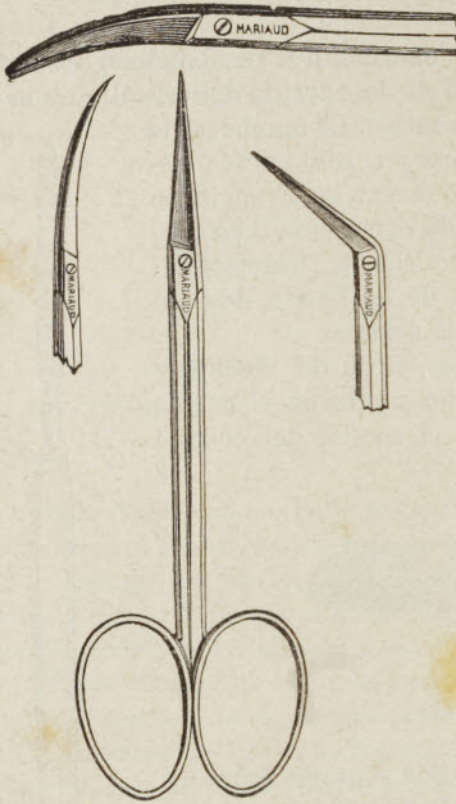


FIG. 545
Tijeras ordinarias de iridectomía

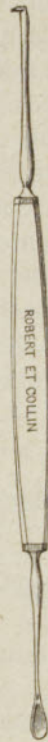


FIG. 546
Quistotomo-cucharilla

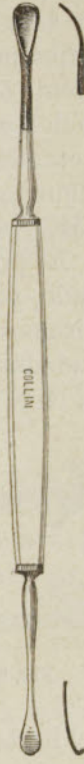


FIG. 547
Cucharilla doble



FIG. 548
Gancho-arpón de Abadie

Un cuchillito de de Græfe ó el de Abadie, que tiene la misma forma, pero que es mucho más ancho (Mathieu, fig. 544);

Dos pinzas de iridectomía, una recta y otra curva;

Las pinzas-tijeras de Luer ó las tijeras ordinarias de iridectomía (fig. 545);

Un quistotomo-cucharilla (fig. 546);

Una cucharilla doble (fig. 547);

Una pequeña espátula de concha ó un estilete romo;

Un pequeño gancho-arpón de Abadie (fig. 548).

Las operaciones de práctica ó ejercicios se practicarán con la mascarilla oftálmica de Collin sobre los animales vivos ó sobre el cadáver fresco.

a. *Procedimiento de de Wecker.*— 1.^{er} tiempo: *Sección del colgajo corneal* (fig. 549). — Después de haber colocado el separador (blefarostato) y fijado con

cuidado la conjuntiva y el tejido subconjuntival precisamente debajo del diámetro vertical de la córnea, practíquese la punción en el limbo esclero-corneal, hundiendo perpendicularmente el cuchillo de de Græfe en el extremo de una línea horizontal que pase á 3 milímetros por debajo del vértice de la córnea.

Cuando la punta ha atravesado la córnea, dirijase *con mucha lentitud* el

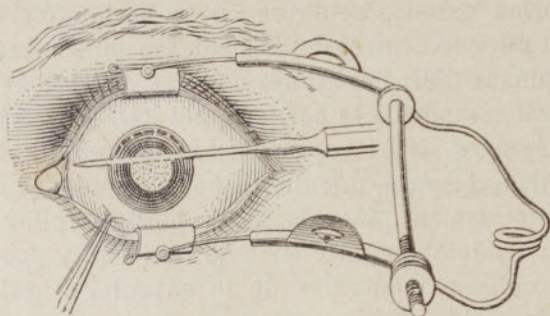


FIG. 549.— Operación de la catarata

Punción y contrapunción de la córnea para la sección del colgajo corneal

cuchillo paralelamente al iris, en la dirección de la línea arriba mencionada, y antes de hacer la contrapunción *asegúrese* de que el instrumento, con su dorso ó canto mirando hacia abajo, está colocado perpendicularmente con relación al diámetro vertical de la córnea y que, gracias al buen emplazamiento de la punción y á la exacta dirección dada al cuchillo, la punta de éste vuelve á salir exactamente en el borde interno de la córnea.

Esta línea se encuentra fácilmente si se coloca el cuchillo, que mide de 2 milímetros á 1 milímetro de diámetro, por debajo del vértice ó cúspide de la córnea, de manera que quede una cinta ó tira de tejido corneal transparente de 1 milímetro de ancho encima del cuchillo.

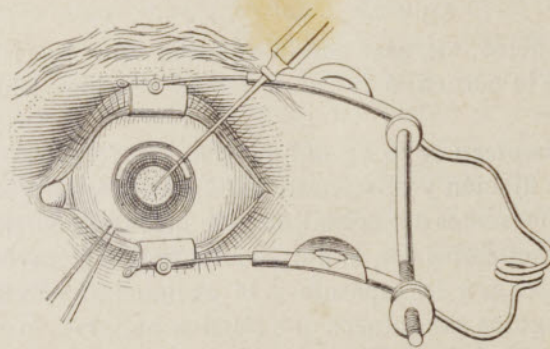


FIG. 550.— Operación de la catarata

Abertura de la cápsula del cristalino con el quistotomo

Luego que ha sido practicada la contrapunción, imprímase al mango del cuchillo un movimiento combinado de descenso y de inversión, empujando muy rápidamente la punta hacia el punto en que se une la raíz de la nariz con la frente, y conclúyase sencillamente la sección al retirar el instrumento, pero elevando esta vez de nuevo el mango hacia la sien.

Es preciso salir de nuevo por delante del limbo conjuntival, á fin de no obtener colgajo de conjuntiva.

2.º tiempo: *Excisión del iris*. — Confiada la pinza fijatriz, á un ayudante el cual se asegura desde luego de tener un punto de apoyo sobre la mejilla, cójase, por medio de las pinzas curvas si el iris no forma hernia, un pequeño pliegue del iris, y tirando de él hacia afuera, excíndase de un solo golpe de pinzas-tijeras dado junto á las pinzas de iridectomía un estrecho colgajo del iris, evitando de todos modos llegar á la periferia de esta membrana. Si, por el contrario, el iris forma extenso prolapso en la herida (ó si la catarata no está madura), cójase un pliegue central del iris con las pinzas rectas y excíndasele por dos golpes de pinzas-tijeras próximos entre sí y dirigidos en sentido radiado, aunque sin llegar tampoco á la periferia del iris.

3.º tiempo: *Abertura de la cápsula del cristalino* (fig. 550). — Tómese de nuevo la pinza fijatriz; después, mientras que el ayudante levanta el separador, llévase el quistotomo de plano hacia el borde pupilar inferior, vuélvase hacia la cápsula haciéndole dar un cuarto de rotación, y por una serie de tracciones fórmese un colgajo triangular de la cápsula, colgajo que se agranda atrayéndole hacia la herida.

4.º tiempo: *Salida del cristalino* (fig. 551). — Para provocar la salida del

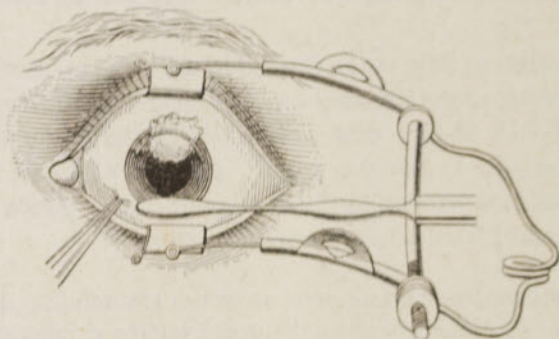


Fig. 551.— Operación de la catarata
Salida del cristalino con los restos de las masas corticales

cristalino ó de su núcleo, ejérsese con la espátula una ligerísima presión sobre el borde inferior de la córnea, á la que se asocia una impulsión de abajo arriba apenas sensible.

5.º tiempo: *Limpieza de la herida y reducción del iris*.—Después de haber retirado la pinza de fijación y el separador, hágase la *toilette* de la herida, es decir, quítense todos los restos del cristalino y de las masas corticales, primero por suaves presiones practicadas con el pulpejo del índice á través de los párpados; después, si es preciso, con la espátula y la cucharilla, y extráiganse con una pinza curva los coágulos sanguíneos que pueden hallarse en el área de la pupila, en la cámara anterior y sobre la herida de la córnea.

Termínese la operación, si hay lugar á ello, por la reducción perfecta del iris por medio de la espátula ó del estilete romo.

b. *Procedimiento de Abadie*. — 1.º Practíquese la punción con el cuchillo de Abadie, precisamente en el punto de reunión de la córnea y la esclerótica, aproximadamente á 1 milímetro por encima del diámetro horizontal de la córnea; después, introduciendo horizontalmente el cuchillo en la cámara anterior, hágase la contrapunción en el punto simétricamente situado. Entonces, imprimiendo movimientos de vaivén al cuchillo, practíquese el corte sin separarse de la línea de unión de la córnea con la esclerótica, de tal manera que el cuchillo debe salir al final tangencialmente al borde superior de la córnea.

2.º Practíquese la iridectomía como de costumbre, pero una vez terminada la excisión del iris, quítese el separador, lo cual da mayor seguridad contra el prolapso del cuerpo vítreo.

3.º Introdúzcase el quistotomo, desgárrase la cápsula y retírese el instrumento, teniendo siempre mucho cuidado de mantenerle próximo á la cara posterior de la córnea.

4.º Para hacer salir el cristalino en lugar de hacer presión sobre el ojo con la cucharilla de caucho, ejérsase una suave compresión con el dedo por el intermedio del párpado, y desde el momento en que el cristalino ha encajado en la herida, cójasele con el gancho-arpón y acábese de desprenderle.

Gayet (de Lyon) y otros cirujanos, en lugar de desgarrar la cápsula, constituyendo esto un tiempo especial de la operación, prefieren abrirla con el cuchillo de de Grafe entre la punción y la contrapunción de la córnea.

Las indicaciones respectivas de la extracción simple y de la extracción combinada con la iridectomía pueden reasumirse en el siguiente aforismo de de Wecker: *á catarata simple, extracción simple; á catarata complicada, extracción combinada.*

Curación y cuidados después de la operación. — Cuando la *toilette* de la cámara anterior y la del campo pupilar han sido cuidadosamente terminadas, cuando el operador se ha asegurado de que el iris no forma hernia, se instilan algunas gotas de eserina ó de pilocarpina; se deja á los párpados cerrarse suavemente delante de la córnea, se aplica sobre el ojo operado una serie de redondeles de gasa simple, con ó sin interposición ó superposición de otros de algodón hidrófilo, se practica lo mismo en el otro ojo y se mantienen los dos apósitos sin esfuerzo compresivo, con un binóculo de tela fina, de franela, de tarlatana ú otra materia tenue y ligera.

Esta cura sólo se renueva al cuarto día, á menos que se presente un dolor especial, indicios de infección ó accidentes hemorrágicos. Se le reemplaza por el vendaje flotante negro, al octavo día; se pasa á los lentes ahumados hacia el décimocuarto, y sólo cinco ó seis semanas después de la operación se dan al operado los lentes convexos, que deben hacer las veces de cristalino externo; se le entregan, por lo común, dos pares de anteojos, unos para la visión lejana y otros para la visión próxima ó cercana. La fuerza de los lentes está calculada según el estado de emetropía ó de miopía anterior á la operación.

Por lo que se refiere á las cataratas secundarias, nos limitaremos á decir que se las trata, según los casos, por la discisión, la dislaceración, la iritomía, la iridectomía y la extracción; no se puede, en general, dictar de antemano ninguna regla operatoria.

Accidentes de la operación. — Los accidentes que pueden sobrevenir en el curso de la operación son numerosos; los principales, además de la hemorragia fulminante que vacía el ojo, felizmente muy rara, son: la *lesión del iris* durante la queratotomía; la *luxación del cristalino* en el vítreo durante las maniobras de su *extracción*, y la *salida del vítreo*. Si el iris ha sido simplemente atravesado por el cuchillo después de la punción, no hay más que retirar el cuchillo para desprender su punta; si la salida prematura del humor acuoso ha hecho que el iris se presentara delante del cuchillo después de la contrapunción, se corta inevitablemente dicha membrana al seccionar la córnea. Cuando el cristalino no aparece después de las presiones ejercidas como de ordinario en los extremos del meridiano vertical de la córnea, se desgarrar de nuevo extensamente la cápsula con el quistotomo ó bien se prueba de arrancarla con una pinza-quistotomo y se repiten después las maniobras expulsivas; si éstas tampoco

dan resultado, se va á enganchar el cristalino en el vítreo con el gancho-arpón ó la cucharilla. En cuanto á la salida ó derrame del cuerpo vítreo es un accidente poco grave si es mínima la cantidad de humor derramada; se excinde el vítreo al ras de la herida corneal.

DISCISIÓN DE LA CÁPSULA DEL CRISTALINO

Esta operación consiste en desgarrar la cristaloides para permitir al humor acuoso atacar directamente y disolver la substancia del cristalino. Sirve para este objeto la aguja de Bowmann (fig. 552).

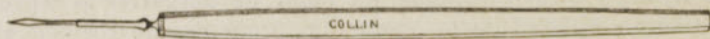


FIG. 552.—Aguja de Bowmann

Procedimiento. — Después de haber instilado en el ojo algunas gotas de una solución de atropina á fin de obtener amplia dilatación de la pupila, colocado el blefarostato y fijo el ojo cogiéndole con la pinza de Waldau cerca del borde superior é interno de la córnea, introdúzcase perpendicularmente la aguja de Bowmann en el punto medio del radio inferior externo de la córnea con el plano de la aguja colocado en el mismo plano del radio.

Cuando la punta lanceolar del instrumento ha llegado á la cámara anterior, bájese el mango hacia la mejilla y hágase penetrar la aguja hasta su tope, dirigiéndola hacia el borde superior é interno de la pupila.

Levántese entonces de nuevo el mango del instrumento hacia la raíz de la

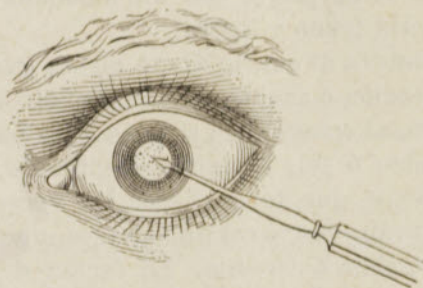


FIG. 553.—Discisión de la catarata

nariz, para hacer de este modo con la punta un pequeño desgarró lineal en la cristaloides anterior.

Finalmente, retírese suavemente la aguja, haciéndola girar sobre su eje; después, se vuelve á colocar la punta lanceolar por su plano en el mismo sentido que el radio de la córnea, en el momento en que dicha punta va á salir por la herida.

Después de la operación se instilan de nuevo algunas gotas de la solución de atropina, se aplica un vendaje aséptico y compresivo y se vigilan los resultados.

No es necesario, y aun puede ser perjudicial (accidentes glaucomatosos), practicar en la cristaloides una extensa abertura.

Una sola sesión rara vez basta; son indispensables varias á intervalos variados de un mes á un mes y medio para obtener la reabsorción completa de la catarata.

A la discisión y á la succión, Panas y A. Terson prefieren la extracción, ya sea con pequeño colgajo de un tercio, ya sea después de la queratotomía de un cuadrante (algo menor que un cuarto de círculo).

EXTRACCIÓN DEL CRISTALINO TRANSPARENTE

(Operación de Desmonceaux)

En una serie de comunicaciones á la Sociedad francesa de Oftalmología (1891, 1894, 1896), Vacher (de Orleáns) insistió especialmente sobre las ventajas de la extracción del cristalino transparente «como medio profiláctico de la miopía fuertemente progresiva y del desprendimiento de la retina,» y recordó al mismo tiempo que esta operación fué practicada por primera vez, no por Wecker (en 1857) ó por Fukala, sino por el abate Desmonceaux en 1776.

He aquí las conclusiones con que terminaba Vacher su última comunicación (1): «La operación de Desmonceaux es una operación grave, que no se debe practicar sino con la mayor prudencia.

»Progresando la miopía rápidamente de los doce á los diez y seis años, se puede operar desde la edad de doce años si existe un estafiloma y si el número de dioptrías de miopía es mayor que el número de años del individuo.

»Es preciso no operar más que un solo ojo, el más enfermo ó atacado; la segunda extracción tendrá lugar más tarde, si la miopía continúa progresando.

»Después de los treinta años, estando los miopes de más de quince dioptrías expuestos especialmente al desprendimiento retiniano, no se debe dudar en intervenir.»

Galezowski, que es igualmente partidario de esta operación, le señala las tres indicaciones siguientes: miopía superior á—16 D, catarata incipiente, atrofia coroidea macular. Abadie opina, por su parte, que la operación no está justificada sino: 1.º en los casos de miopía excesiva (más allá de — 16 D); 2.º en los casos de miopía ya muy marcada (—12 á—14 D), complicadas de corio-retinitis atrófica, de marcha progresiva.

Resumiendo: si bien las indicaciones no tienen todavía toda la precisión que sería de desear, la bondad de la operación no es ya discutible, puesto que ha entrado definitivamente en la práctica.

La vista á distancia es posible, la agudeza visual es mejor, se puede trabajar á la distancia normal de 20 á 25 centímetros, y como la acomodación está suprimida, no se debe temer ya el desprendimiento de la retina (Rohmer) (2).

Bajo el punto de vista técnico, los tiempos de la operación son los mismos que para la extracción del cristalino atacado de catarata; solamente la extracción ó salida del cristalino es mucho más difícil y delicada, dada la débil consistencia de la masa cristalina y el frecuente reblandecimiento del vítreo.

Chibret practica primeramente la discisión con un ancho quistotomo; luego, al cabo de cuatro ó cinco días, cuando la opacificación es completa, extrae el cristalino por una abertura de 5 milímetros, aspirando las masas cristalinas con una jeringa.

Otros oculistas, á imitación de Abadie, en lugar de proceder á la extracción directa, se contentan igualmente, en los individuos jóvenes, con la discisión repetida en varias sesiones y seguida de la evacuación de las masas cristalinas reblandecidas.

(1) Vacher (*Sem. méd.*, pág. 190, 1896).

(2) Rohmer (*Revue méd. de l'Est.*, 1897).

CAPÍTULO IX

Operaciones en el aparato auditivo

MIRINGOTOMÍA Y MIRINGODECTOMÍA

A. La miringotomía ó paracentesis de la caja del tímpano consiste en la punción ó en una pequeña incisión de la membrana del tímpano. Está indicada en la otitis media supurada, en la obliteración completa y definitiva de la trompa de Eustaquio, en la rigidez permanente de la membrana del tímpano y algunas veces en ciertos zumbidos de oídos.

Aparato instrumental:

- Una pinza porta-algodón (fig. 554);
- Un espéculum de Toynbee (fig. 555);
- Un espejo de lentes de Duplay (fig. 556);
- Una especie de aguja de catarata ó mejor el pequeño cuchillo lanceolado triangular de Tillaux.



FIG. 554
Pinza
porta-algodón



FIG. 555
Espéculum de Toynbee

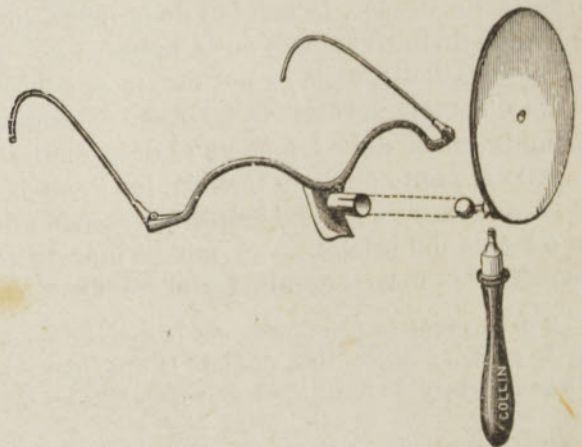


FIG. 556
Espejo de gafas ó frontal de Duplay

Procedimiento. — Vuelta un poco la cabeza hacia el lado opuesto, después de haber limpiado el conducto auditivo por medio de algodón, tírese del pabellón de la oreja arriba y atrás; introdúzcase en el meato la extremidad menor del espéculum, poniendo su diámetro mayor vertical: se le empuja suavemente hacia el conducto auditivo, haciéndole rodar de manera que dicho gran diáme-

tro, venga á ponerse horizontal é introdúzcasele hasta que se vea bien la membrana del tímpano al proyectar en ella un foco ó haz luminoso natural, ó mejor artificial, con el espejo reflector.

La membrana está colocada oblicuamente, formando ángulo agudo con la pared inferior del conducto auditivo. Se la reconoce, no sólo por su dirección y su forma, sino también por su color gris blanco uniforme y por la pequeña línea blanquizca ó blanco-amarillenta, mango del martillo, que atraviesa oblicuamente su mitad superior de arriba abajo y de delante atrás. (fig. 557).

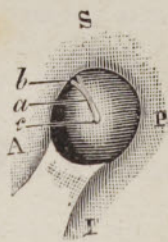


FIG. 557.—Membrana del tímpano vista por su cara externa (Tillaux)

ASPI, puntos cardinales anterior, superior, posterior é inferior de la membrana. a, mango del martillo, b, apófisis externa del martillo; c, depresión umbilical del tímpano.

Se dirige el cuchillo lanceolar de Tillaux á lo largo de la cara inferior del tubo del espéculum y se punciona la membrana del tímpano en su parte ántero inferior.

Retírese la hoja del instrumento, desde el momento que su penetración se halla detenida por las dos pequeñas prolongaciones romas que lleva su base.

Es fácil comprobar el resultado cuando se practica en seguida el cateterismo de la trompa de Eustaquio y se insufla aire en la trompa.

B. La miringodectomía no tiene por objeto practicar una simple perforación, sino una extensa pérdida de substancia en la membrana del tímpano. La abertura de esta membrana es así más duradera.

Igual aparato instrumental que para la miringotomía, con la sola diferencia de que la hoja del instrumento es reemplazada por una aguja-bisturí y por una aguja-gancho.

Procedimiento. — Limpio por completo y perfectamente iluminado el conducto, reconócese el mango del martillo: después con la aguja bisturí, tállese un colgajo triangular, delante y encima del mango.

Para esto practíquense tres pequeñas incisiones: una horizontal desde la extremidad del mango del martillo hacia adelante hasta el marco óseo; una vertical descendente yendo también desde el extremo del mango al marco óseo, y una que pasa rasando el marco óseo entre las dos precedentes, mientras el colgajo es cogido con la aguja-gancho.



FIG. 558
Sonda de Itard

CATETERISMO DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO

El cateterismo de la trompa de Eustaquio consiste en pasar una sonda ó una candelilla por este conducto, haciéndola penetrar por su orificio faríngeo ó pabellón.

Se recurre á este cateterismo, ya como medio diagnóstico, ya con un fin terapéutico (dilatación gradual, ducha de aire con la pera de Politzer, introducción de vapores, de líquidos, de gases medicamentosos, de candelillas cáusticas).

Nos servimos generalmente de la sonda de Itard (fig. 558).

Procedimiento de Duplay. — Sentado el paciente y sostenida la cabeza por un ayudante, introdúzcase en la nariz el pico de la sonda, de manera que la concavidad de la corvadura mire directamente abajo. Al mismo tiempo que se empuja con suavidad la sonda de delante atrás, se levanta gradualmente la

mano de manera que se dé al instrumento una dirección horizontal, y por un movimiento de los dedos se le hace ejecutar un cuarto de rotación que lleve su

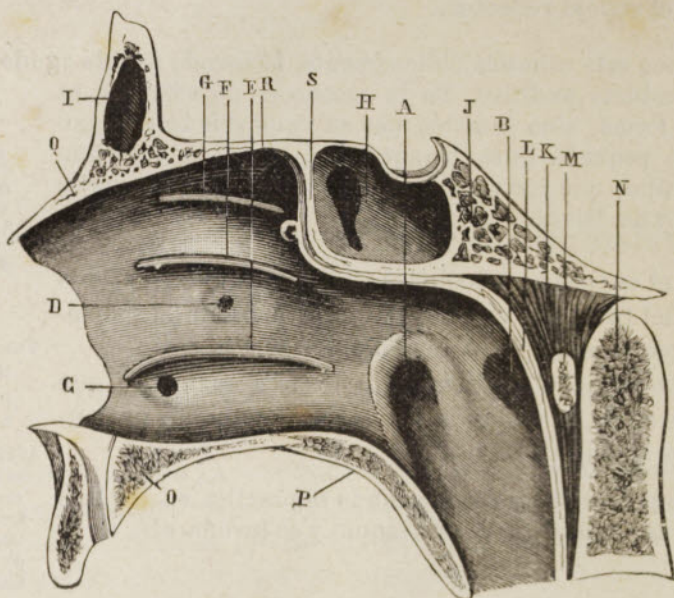


FIG. 559.— Pared externa de las fosas nasales y de la faringe nasal (Tillaux)

A, orificio faringeo de la trompa de Eustaquio. — B, fosita de Rosenmüller. — C, orificio inferior del conducto nasal. — E, línea de inserción del cornete inferior sobre la pared externa de las fosas nasales. — L, pared faringea. — P, velo del paladar, etc.

pico hacia afuera. El pico corresponde entonces debajo del cornete inferior, excelente punto de mira.

Hágase deslizar suavemente la sonda, en la canal formada por este cornete, hasta que la sensación de resistencia vencida indique que el pico de la sonda ha traspasado la extremidad posterior del cornete. El pico se encuentra casi en seguida introducido en el pabellón

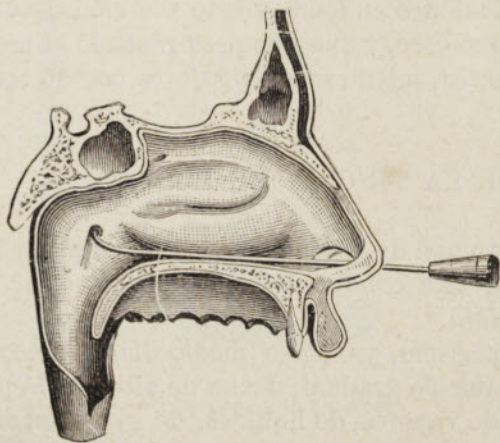


FIG. 560.— Cateterismo de la trompa de Eustaquio.
Extremidad de la sonda en el pabellón

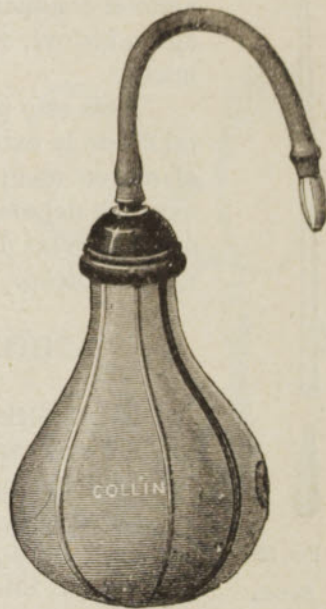


FIG. 561
Pera de Politzer

de la trompa, pues está situado á sólo 3 milímetros por detrás y afuera de la extremidad del cornete (fig. 560).

Desde el momento en que el pico de la sonda penetra en la trompa, apro-

xímese el extremo externo del instrumento al tabique, lo que hace que se introduzca más y más el otro extremo en el mencionado conducto.

Con frecuencia el pico se introduce en la fosita de Rosenmüller, pequeña cavidad ovoidea situada á 8 ó 10 milímetros detrás del pabellón, cerca de la pared posterior de la faringe (fig. 559). Se conoce que se ha fraguado una falsa vía: 1.º en que el pico no se encuentra fijo y detenido, como sucede en la trompa; 2.º (Duplay) en que el pico, una vez desprendido de la fosita, tropieza inmediatamente contra la pared posterior de la faringe, mientras que sería preciso una excursión de 10 á 15 milímetros para llegar á ella, si se hallaba en la trompa; 3.º en que el aire insuflado no llega á la caja y nada se percibe por la auscultación de la oreja ni por la inspección de la membrana del tímpano.

Una vez colocada la sonda en la trompa, se inyecta aire en ésta y en la caja del tímpano con la pera de Politzer (fig. 560) ú otro medio de insuflación, ó bien se pasan candelillas finas (1 milímetro á 1 milímetro y medio) de tallo graduado, que tienen por objeto desobstruir, dilatar y cauterizar ligeramente la trompa. Es preciso entonces recordar que la longitud total de la trompa es de 36 milímetros.

Sucede á veces que durante ó algo después del cateterismo, á consecuencia del desgarro de la mucosa, se ve aparecer rápidamente un enfisema del velo del paladar y del cuello, sobre todo si se ha insuflado aire; este accidente no reviste ninguna gravedad, si bien impresiona vivamente al principiante.

OPERACIONES SISTEMATIZADAS Ó REGLADAS

EN LA APÓFISIS MASTOIDES, LA CAJA DEL TAMBOR, EL SENO LATERAL Y LAS FOSAS ESFENOIDAL Y OCCIPITAL INFERIOR

Estas operaciones (1) se imponen en la supuración aguda ó crónica, que en lugar de quedar limitada á la caja del tímpano se ha extendido más ó menos á su vecindad ó dependencias. Ya se trata á veces de una trepanación, de una abertura ó de una contraabertura que debe practicarse sobre la apófisis mastoides; ya, en otras, la acción quirúrgica debe ejercerse sobre la apófisis y la caja á la vez; ya, según sean las complicaciones cerebrales ó intra-craneales (meningitis, trombo-flebitis supurada ó séptica, absceso cerebro-temporal, absceso cerebeloso), es preciso llevar la intervención hasta la cavidad craneana y el seno lateral, bien á través de la misma brecha mastoidea (Wheeler, A. Broca), bien por otras brechas especiales.

Debemos, pues, describir: la *simple trepanación de la apófisis; la trepanación de la apófisis y de la caja*, á la cual añadiremos la llamada *operación de Stacke*, que tiene por objeto el raspado de la caja; y finalmente, la *excavación petro-mastoidea completada por la abertura del seno lateral y de la cavidad craneana, según las indicaciones de A. Broca*.

Algunas nociones preliminares de anatomía nos parecen indispensables sobre el *sitio de elección* para el ataque aislado ó inicial de la apófisis mastoides. Este sitio de elección corresponde al *antro petro-mastoideo* (fig. 562), es decir, á la *célula constante y siempre la mayor*, que hace comunicar la caja con las otras células mastoideas, tan variables en número, en volumen, eu

(1) Consúltese: Duplay (*Arch. gén. méd.*, Mayo-Junio de 1888); Ricard (*Gaz. hóp.*, 23 Febrero de 1889); Lubet-Barbon y A. Martin (*Soc. franç. d'otol. et laryng.*, París, 1894); A. Broca, *Opérations sur l'apophyse mastoïde* (*Congrès de Chir.*, Lyon, pág. 293, 1894); A. Broca y Lubet-Barbon, *Les suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement*, 1 vol. in-8.º, 1895; A. Broca y Maubrac, *Traité de chir. cérébrale*, 1896; Castex, *Trepan., mastoïdiennes* (*Soc. fr. d'otol.*, 1896, y *Traité de chirurgie de Le Dentu y Delbet*, t. V, 1897); Chaguolleau (*Thèse de Paris*, Junio de 1897), y Reynier (*Congr. fr. de Chir.*, 1897).

asiento, y por la cual empieza la mastoiditis supurada: su abertura, *áditus ad antrum*, bastante amplia ó escotada, se practica sobre la pared posterior de la caja. Una vez incindidos los tegumentos detrás de la inserción del pabellón y puesta al descubierto la apófisis con la legra ó raspatorium, el punto de mira que hay que buscar en el adulto es la *espina de Henle* (ó *espina supra-meatum*), pequeña cresta ósea que ordinariamente existe en la unión de la pared posterior y de la pared superior del meato auditivo, ó algo por encima. El antro se encuentra á 5 ó 6 milímetros detrás de la *espina de Henle*, ó, dicho de otro modo, *detrás de la mitad superior del meato*. Es accesible en un cuadrilátero de 1 centímetro cuadrado (A. Broca), y está limitado por arriba por una línea

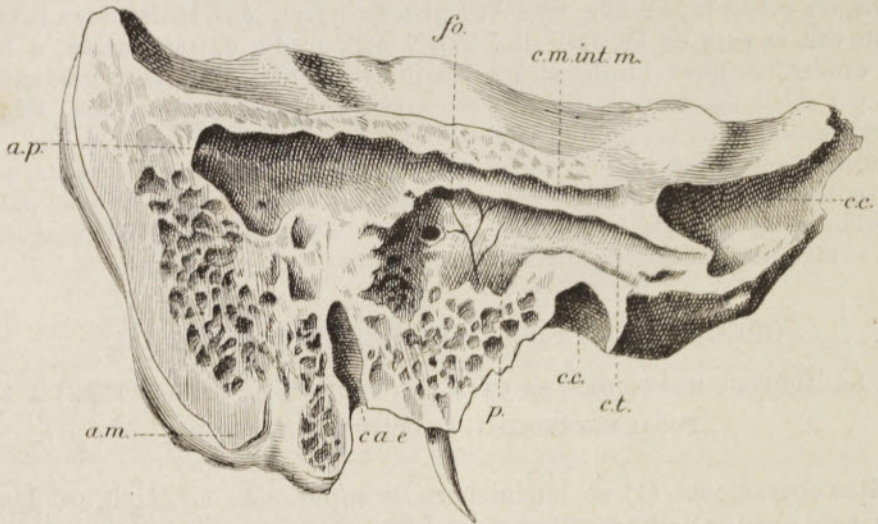


FIG. 562.—Corte sagital del peñasco para la demostración del antro petro-mastoideo y de sus relaciones

a, p., antro petro-mastoideo; *f, o.*, fosa oval; *p.*, promontorio; *c, a, e.*, conducto auditivo; *a, m.*, apófisis mastoides; *c, c.*, conducto carotídeo; *c, t.*, conducto de la trompa; *c, m, int, m.*, conducto del músculo interno del martillo (según Porier, anat.)

horizontal que pasa al ras del borde superior del meato, ó mejor dicho, por la *cresta temporal supra-mastoidea* (ó bien línea temporalis), muy manifiesta, que continúa la raíz transversa del arco zigomático; por encima de esta línea ó cresta se penetraría en el cráneo, sobre la cara superior del peñasco. En el niño de más de un año, el antro ocupa el mismo lugar que en el adulto; en los de menos de un año, está algo por encima del meato y no tan sólo detrás de su mitad superior (A. Broca). Su área es también la mitad más pequeña. Hagamos notar, finalmente, que detrás del antro descansa el recodo del seno lateral y que, según los datos de Noltenius, no se puede penetrar á una *profundidad* de más de 22 milímetros sin exponerse á herir el facial y el conducto semicircular externo.

a. Trepanación simple de la apófisis mastoides. — Sus indicaciones ordinarias son: la *oto-mastoiditis aguda* con ó sin absceso peri-mastoideo, y la *oto-mastoiditis crónica* con abscesos ó fístulas, cualquiera que sea su naturaleza. *Es preciso practicarla lo más pronto posible* (y conviene insistir mucho sobre este particular) á fin de prevenir la mayor extensión del mal y las graves complicaciones intra-craneeanas que ya conocemos. Algunas veces, á pesar de la ausencia del pus, los dolores neurálgicos de la apófisis debidos á una osteítis simplemente condensante (Hartmann, Duplay), se hacen de tal modo intensos y

rebeldes que se está autorizado para practicar la trepanación mastoidea; constituye en este caso una especie de desbridamiento.

Aparato instrumental:

Un escalpelo;

Varias pinzas hemostáticas;

Una sonda acanalada y un estilete;

Una pinza de disección;

Dos separadores;

Tijeras curvas sobre el plano;

Los escoplos de Schwartz (fig. 563) anchos de 1 centímetro para el adulto y de 4 á 5 milímetros tan sólo para el niño;

Un pequeño martillo;

Algunas gubias ó escoplos;

Una pequeña cucharilla de Volkmann;

Agujas é hilos para ligaduras y suturas.

Procedimiento. — Tanto si hay que evacuar previamente un absceso retroauricular ó de otro género, como si no hubo necesidad de ello, para ir siempre derechamente al antro-petro-mastoideo hágase una incisión profunda, de forma arqueada, que rodee la línea de inserción del pabellón á 1 centímetro por detrás de la misma y que termine en la punta de la apófisis (Schwartz); forcipresión de la arteria auricular posterior y de algunas arteriolas. Despéguese con la legra ó raspatorium los dos labios de la incisión, de manera que se ponga al descubierto el borde posterior y superior del meato y la mayor extensión posible de la superficie mastoidea.

Determinense la espina de Henle, el borde posterior-superior del meato, la cresta supra-mastoidea; después de ello un ayudante doblará el pabellón hacia adelante; ábrase entonces el antro á 5 milímetros por detrás de la espina, debajo de la cresta supra-mastoidea, como lo aconseja Broca, por medio de cuatro golpes de escoplo: uno anterior vertical que toca ó roza por arriba á la horizontal de la espina; dos horizontales, superior é inferior; uno posterior, vertical, que hace saltar el pequeño cuadrado de laminilla ósea así circunscrito, teniendo esta vez cogido el escoplo algo oblicuamente hacia adelante.

Desde el momento en que se ha derramado el pus, si se trata de un empiema mastoideo, límpiase el antro con la cucharilla, quitando los pequeños sequestros que pueden hallarse en él; y si es preciso vacíese el resto de la apófisis hasta cerca de la punta, si el hueso está extensamente alterado por la caries tuberculosa.

Cuando el antro es menos fácil de alcanzar, siempre con el escoplo ó la gubia, váyase á su encuentro excavando la apófisis mastoidea en forma de embudo cuya base, externa, tenga de ancho 12 ó 15 milímetros y cuyo eje esté dirigido abajo, adentro y adelante, pero sin pasar jamás de una profundidad de 25 milímetros (Castex).

Si á pesar de todas estas precauciones durante el curso de la operación se ha abierto la membrana azulada y depresible del seno lateral, cosa que da lugar á una oleada de sangre, tapónese la brecha con gasa yodofórmica ó con un pequeño pelotón de catgut; este accidente no tiene, por lo común, otras consecuencias.

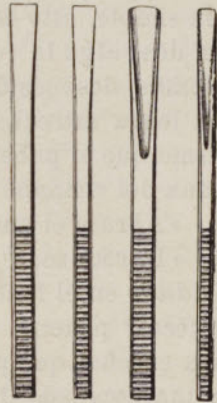


FIG. 563. — Escoplos de Schwartz

Cuando la exéresis ha terminado, tóquense, si es preciso, las paredes de la cavidad traumática con una solución antiséptica ó cáustica; practíquense algunos puntos de sutura en los dos ángulos de la herida y colóquese un pequeño drenaje ó rellénese flojamente la cavidad con gasa.

b. *Trepanación de la apófisis y de la caja.* — Esta operación está especialmente indicada en los casos de oto-mastoiditis crónica ó de lesiones apofisarias complicadas, y también cuando existe una grave alteración de los huesecillos y de las paredes de la caja, con otorrea ó fístula interminable.

Idéntico aparato instrumental que para la operación precedente, con más un «protector» de Stacke, especie de estilete ancho y acodado.

Procedimiento de A. Broca (1). — Daremos primero dos definiciones que permitirán comprender ciertos detalles de la presente operación y de la operación siguiente: se llama *cúpula*, ó *ático*, ó *logette de los huesecillos*, la parte de la caja en la cual se mueven la cabeza del martillo y el cuerpo del yunque: *muro de la logette ó del ático* el pequeño tabique óseo que separa, encima del orificio timpánico, el ático de la parte póstero-superior del conducto auditivo.

«Incíndanse las partes blandas en una extensión mayor que para la trepanación simple, esto es, incíndase en toda su longitud el repliegue retro-auricular y aun dése algo la vuelta, hacia la fosa temporal á la parte superior del conducto. Además, después de haber legrado la apófisis, despéguese completamente con una legra estrecha y roma el conducto cutáneo, dóblesele hacia adelante lo mismo que el pabellón; entonces se tiene á la vista el conducto óseo y la membrana del tímpano ó sus restos.

» Abrase el antro como en la simple trepanación.

» Introdúzcase en el canal del antro el protector de Stacke; se ve fácilmente el *áditus* en el fondo, en la parte súpero-anterior del antro; por allí es donde el protector penetra sin dificultad hasta la caja, sirviendo á la vez de conductor para enseñar qué parte ósea es preciso hacer saltar y de protector para librar de una escapada del escoplo al conducto semicircular externo, situado junto á la pared profunda del antro.

» Hágase saltar el muro ó la pared de la casilla de los huesecillos por delante del protector, aplicando desde luego el escoplo horizontalmente sobre el límite superior del meato y después medio centímetro más abajo, dirigiéndole esta vez algo de abajo arriba, y quitado el puente óseo intermedio á los dos golpes de escoplo, se tiene una amplia abertura por la cual se puede ver y trabajar hasta en el fondo de la caja. No es de temer la sección del facial, si se tiene cuidado de no llegar debajo de la mitad superior del borde posterior del conducto.

» Partiendo siempre del antro y trabajando alternativamente con la gubia y la cucharilla, manejadas con suma prudencia, quítense los secuestros, extírpense las fungosidades, ráspense las partes cariadas y háganse saltar los puntos óseos. Para llevar la operación con toda felicidad, es preciso practicar una hemostasia cuidadosa por la compresión hecha con cilindros de algodón hidrófilo ó mejor con tirillas de gasa.

» Una vez terminada la operación, se ha practicado una vasta cavidad que reúne la mastoides vaciada á la caja del tímpano. Para epidermizarla más rápidamente, introdúzcase una sonda acanalada en el conducto membranoso, en el eje de la abertura del *áditus*, y de un solo golpe de tijeras córtese este conducto hasta hacer presa en la concha. Transformado de esta manera el cilindro en rectángulo, extiéndase sobre las superficies óseas fijando por un pun-

(1) A Broca (*Congr. fr. de Chir.*, Lyon, págs. 296 y 303, 1894).

to de sutura cada uno de sus ángulos libres al ángulo correspondiente de la incisión retro-auricular.»

La cicatrización exige á menudo más de seis meses.

c. *Operación de Stacke: curetage ó raspado de la caja* (1). — Su indicación característica es la otitis media destructiva, cuando ésta se ha mostrado rebelde á los medios ordinarios (instilaciones y lavados antisépticos, ablación de pólipos) y el estilete nos revela una denudación de los huesecillos y de las paredes. Nada, por lo tanto, impide transformarla ó convertirla en la operación precedente, es decir, en la trepanación total (caja y apófisis), si se observa en el curso de la operación primitiva que el mal se ha extendido á la misma apófisis, cosa que puede decirse es lo más frecuente. La operación de Stacke puede por otra parte ser empleada, como lo hace observar A. Broca, para la extracción de cuerpos extraños que han sido torpemente empujados hacia la caja y que no se han podido extraer por las vías naturales.

Procedimiento.—Practíquese á fondo una incisión que rodee paralelamente toda la línea de inserción del pabellón, despéguese el conducto cutáneo con una gubia estrecha hasta cerca del tímpano, incíndase la mitad posterior del conducto, introdúzcase el protector por la perforación más ó menos ancha del tímpano, detrás del muro ó pared de la casilla ó ático, y hágase saltar esta pared con el escoplo dirigiéndole en el sentido de la horizontal superior del conducto.

Extensamente abierta de este modo la casilla ó ático, procédase según sean las lesiones; extracción de los huesecillos, raspado de las fungosidades, ablación de los secuestros, etc., etc. Tal es la verdadera operación de Stacke.

Si al practicar esta intervención se nota que las lesiones se han extendido al antro y á la mastoidea, introdúzcase el protector por el áditus de delante atrás y hágase saltar la pared externa del antro y tendremos entonces la operación precedente practicada al revés.

Cuando la caja ó la cavidad tímpano-mastoidea ha sido cuidadosamente limpiada, trátase la herida como lo hace Stacke, es decir, dejarla que vaya rellenándose por granulación, ó bien cubrir la brecha ósea con un colgajo cuadrilátero cortado sobre el conducto membranoso.

d. *Excavación petro-mastoidea completada con la abertura del seno lateral*. — Esta operación está indicada en los casos de oto-mastoiditis aguda ó crónica que se complican, en un momento dado, con una trombo-flebitis de los senos, propagada ó no á la vena yugular interna; desgraciadamente el diagnóstico de esta complicación no es siempre posible ni suficientemente precoz.

La excavación petro-mastoidea no basta entonces; es preciso también, según la antigua fórmula de Zaufal (1880), abrir y desinfectar el seno lateral. En cuanto á la *ligadura complementaria de la yugular interna*, igualmente recomendada en la misma época por Zaufal, si bien los hechos nos demuestran que no es indispensable para el buen éxito, se puede, con A. Broca y Maubrac, considerarla como útil, si no para cortar el camino á las embolias sépticas. por lo menos «para permitir una acción más eficaz sobre el mismo seno.» La excavación petro-mastoidea completada con la abertura del seno, con ó sin ligadura de la yugular, ha dado ya un número considerable de éxitos, sobre todo en manos de Arb. Lane, de Jansen, de Mac Ewen.

Procedimiento de A. Broca y Maubrac (2). — 1.º *Ligadura de la yugular*. — Practíquese una larga incisión paralela al borde anterior del esterno-mastoideo; extirpense los ganglios por lo común infartados, á menudo adherentes y aun

(1) Consúltense Lubet-Barbon (*Soc. fr. d'otol.*, 1893) y Wiesmann (*Thèse de Paris*, 1893).

(2) A. Broca. *Traité de chirurgie cérébrale*, pág. 313, 1896.

algunas veces supurados, que rodean la vena, y aíslese esta última, que tiene entonces el aspecto «no de un grueso vaso azul-oscuro, de paredes delgadas durante la espiración, sino de un cordón blanco duro, de paredes gruesas, parecido á una arteria.» Después líguese, ó bien córtese, ó reséquese entre ligaduras.

2.º *Trepanación de la apófisis y de la caja.* — Según la técnica ya indicada en las págs. 477 y 478.

3.º *Denudación, incisión y desinfección del seno.* — Si después de haber excavado la apófisis no se ha llegado aún gradualmente al absceso extradural, ó al seno puesto al descubierto, hágase saltar la pared posterior del antro, cortándolo á bisel en virutas sucesivas; luego, descubierto así el seno, practíquese una hendidura en toda su extensión, hasta la prensa de Herófilo si fuere necesario.

Abórdese el seno en su porción mastoidea é incíndasele en una longitud de 2 á 3 centímetros. Cójase el coágulo con una pinza y movílcese por tracciones ejercidas alternativamente hacia los dos extremos, empezando por el extremo yugular que, es por lo común el más accesible y el que se desprende con mayor facilidad. Los senos petrosos, superior é inferior, ordinariamente trombosados, llevan poca ó ninguna sangre; no sucede lo mismo cuando se desata ó abre la prensa de Herófilo, pero se detiene fácilmente la hemorragia tapando la prensa con gasa yodofórmica ó mejor con catgut.

Límpiese la cavidad venosa entre el seno lateral y la ligadura de la vena yugular: para esto debe cortarse la vena por encima de la ligadura y hágase pasar en abundancia una solución de sublimado al 1/2000.

4.º *Tratamiento final del campo operatorio.* — Tapónese el seno con gasa yodofórmica, drénese la herida cervical haciendo entrar el tubo de desagüe en el segmento superior de la yugular y suturese el resto de la herida.

e. *Excavación petro-mastoidea completada por la abertura de las fosas esfenoidal y occipital inferior.* — Esta operación se dirige principalmente contra los abscesos encefálicos auriculares, acompañados ó no de abscesos extradurales. Se empieza por trepanar la apófisis, y por la brecha así practicada es por donde se va hacia la cavidad craneana, hacia el lóbulo temporal ó el cerebelo (asientos ordinarios del absceso), después de haber agrandado convenientemente la abertura practicada. Wheeler ha sido el primero que ha preconizado la vía mastoidea para la evacuación de los abscesos auriculares; Kretschmann y Pritchard han utilizado sistemáticamente la misma vía, pero en realidad es A. Broca quien en especial ha tratado de reglar perfectamente el manual operatorio y de hacer resaltar todas las ventajas de la excavación petro-mastoidea aplicada á los abscesos auriculares, así como también á la meningitis y á la flebitis del seno de igual origen.

«Nada más fácil, dice Broca, (1) en cuanto han sido trepanados la apófisis, el antro y la caja, que penetrar en el cráneo: haciendo saltar el techo del antro y de la caja, si se quiere llegar á la fosa temporal, ó la pared posterior, si se quiere alcanzar la fosa cerebelosa. En este último caso se pasa sin cuidado por encima del seno lateral que no se expone el cirujano á herir.»

En cuanto á la incisión de la dura-madre, á las punciones exploratrices con un trócar ó con el escalpelo, á la abertura del absceso, á la instalación del drenaje etc., todas estas maniobras son las mismas que para los otros abscesos del encéfalo.

Por la intervención, en los abscesos auriculares, se salva un 50 por 100 aproximadamente de enfermos. Pero los resultados no son siempre completos y duraderos.

(1) A. Broca y Maubrac. *Traité de chir. cérébrale*, pág. 348 y siguientes, 1896.

CAPÍTULO X

Operaciones en la nariz, las fosas nasales y el rino-pharinx ó faringe nasal (1)

RINOPLASTIA

La restauración de la nariz puede comprender esta pirámide en toda su extensión ó poco menos, ó bien solamente una de sus partes (dorso, caras laterales ó vertientes, lóbulo, ala ó subtabique). En tesis general, está indicada esta operación cuando la falta de nariz es congénita ó consecuencia de un traumatismo accidental ú operatorio, cuando ha sido destruída ó gravemente deformada por el lupus, por la tuberculosis, por la sífilis, por la gangrena ó por una neoplasia.

RINOPLASTIA TOTAL. — Tres categorías ó clases de hechos se presentan en la práctica: faltan las partes blandas, pero el esqueleto osteo-cartilaginoso de sostén está intacto ó por lo menos lo está en suficiente grado para ofrecer el necesario apoyo al colgajo reparador; — las partes blandas y el esqueleto han desaparecido; — el esqueleto se ha hundido ó está mal conformado, pero las partes blandas existen en estado normal (nariz en forma de silla de montar). Sólo nos ocuparemos de los métodos y procedimientos operatorios que más convienen á las dos primeras categorías de casos.

A. *Esqueleto intacto.* — 1.º *Método indiano modificado.* — El colgajo, tomado siempre de la frente, no sufre como en el método primitivo una torsión pedicular excesiva que dificulta su circulación y pone en peligro su vitalidad. Además, su base está recortada regularmente en tres lengüetas destinadas la de en medio á reconstituir el subtabique, las otras á formar las alas de la nariz. Se puede, finalmente, en los individuos jóvenes aumentar su resistencia y disminuir su retracción ulterior siguiendo los preceptos de Ollier, Langenbeck y Kœnig, es decir, conservando el periostio subyacente y aun decorticando el hueso frontal.

Procedimiento de Langenbeck. — Después de haber tomado exactamente el patrón de la pérdida de substancia, avivada en forma de triángulo, debe trasladarse este patrón en medio de la región frontal, con su parte estrecha aplicada al ángulo naso-frontal. Dibújese sobre la frente la forma del patrón con un lápiz dermatográfico, por ejemplo, agrandando el trazado de manera que la superficie del colgajo que se toma prestado, sea por lo menos un tercio mayor ó más extensa que la pérdida de substancia. Sigase exactamente con la punta del bis-

(1) Por los senos, véase *Punción*, pág. 143; *Terebración*, pág. 146. — Para las fosas nasales, véase asimismo *Trepanación*, *Osteotomías preliminares de la nariz ó Rinotomías*, pág. 159. — *Resección del tabique y de la pared externa de las fosas nasales*, pág. 196.

turi la línea del trazado; solamente, á nivel del pedículo, la incisión de un lado (á la derecha, por ejemplo, fig. 564), debe pasar oblicuamente por la raíz de la nariz y continuarse por debajo con la incisión nasal del lado opuesto y la incisión frontal izquierda debe terminar en el nacimiento de la ceja izquierda (véase la misma figura) algo por encima ó algo por debajo. Es preciso que el pedículo tenga una anchura de 1 centímetro á 1 centímetro y medio y que comprenda una arteria frontal interna. Diséquese el colgajo frontal, de arriba abajo, en toda su extensión comprendiendo la raíz de la nariz.

Ciérrese todo lo posible por medio de suturas la brecha ó herida frontal resultante.

Hágase girar sobre su eje el colgajo de arriba abajo y de izquierda á dere-



FIG. 561. — Rinoplastia total; procedimiento de Langenbeck



FIG. 565. — Rinoplastia total; procedimiento de Labat

cha,—con la cara ó superficie cutánea siempre hacia adelante, de manera que los bordes laterales correspondientes coaptan entre sí y que el borde medio del colgajo se una con la parte media de la incisión supra-labial. Sutúrese el colgajo empezando por la lengüeta que debe constituir el subtabique y después fórmese el borde libre de las alas de la nariz invirtiendo ó doblando las lengüetas laterales hacia adentro.

Introdúzcase en cada agujero nasal un extremo de una gruesa sonda.

Volkman deja libre la lengüeta mediana á fin de prevenir, todo lo posible, el aplastamiento de la base de la nariz y mantener una ancha abertura única: la lengüeta se retrae poco á poco arrollándose y acaba por constituir una especie de lóbulo.

En lugar de un colgajo medio y vertical,—tanto si la frente es estrecha como si no,—se puede, á ejemplo de Alquié, cortar un colgajo muy oblicuo encima de la ceja; pero hay que temer una desviación de la ceja y del párpado superior por retracción cicatricial. Tal vez es preferible combinar las ventajas de los dos procedimientos tallando el colgajo en una región intermedia, tal como se ve en la fig. 565, trazada según dos de nuestros operados. Finalmente, en ciertos casos, cuando subsisten los tegumentos en la raíz de la nariz, parece que hay alguna ventaja en utilizar estos tegumentos, siguiendo las prácticas de Bardeleben, Volkman y Hueter, esto es, formar con ellos un colgajo que se invierte de arriba abajo con la cara cutánea hacia las fosas nasales y cubrir luego su cara cruenta por la superposición de un colgajo frontal trazado según el método de Langenbeck.

2.º *Método francés.*—*Procedimiento de Serre* (de Montpellier) (1).—A cada lado de la nariz córtese sobre la mejilla un colgajo triangular, cuyo pedículo esté situado en la raíz de la nariz y cuya base descienda por debajo del límite inferior de la pérdida de substancia nasal. Esta base debe ser recortada en forma de ~ (fig. 566). Diséquense los colgajos, aproxímense uno á otro y suturense sus bordes internos sobre la línea media. La pérdida de substancia del sitio donde se ha tomado el colgajo se ocluye mediante algunos puntos de sutura (fig. 567).

Procedimiento de Nélaton.—Este procedimiento sólo difiere esencialmente del precedente por el recorte de la base de los colgajos (fig. 568). Por un lado la base está cortada simplemente en sentido oblicuo para formar el ala de la nariz correspondiente; en el otro está cortada en dos lengüetas, de las cuales



FIG. 566

Rinoplastia total;
procedimiento de Serre



FIG. 567

Igual procedimiento; sutura



FIG. 568

Rinoplastia total;
procedimiento de Nélaton

la externa está igualmente destinada á la restauración de la otra ala y la interna á la reconstitución del subtabique.

3.º *Método italo-alemán.*— Cuando los métodos precedentes son inaplicables por falta de tejido en la proximidad de la nariz, lo cual es excepcional, se está facultado para emplear un ancho colgajo en forma de V de punta inferior, que se toma prestado del brazo como en el tratamiento tradicional de Tagliacozzi, ó mejor del antebrazo, y cuya base libre es suturada durante la misma sesión operatoria á la pérdida de substancia nasal, mientras que el pedículo queda unido y fijo al miembro durante una docena de días.

Al cabo de este tiempo se corta el pedículo y se traza la base de la nueva nariz.

Con los actuales medios de curación, este método es susceptible de dar resultados superiores á los que daba en manos de nuestros antepasados. Jonnesco (de Bucharest) ha expuesto un hermoso éxito en el Congreso francés de cirugía de 1895.

B. *Esqueleto ausente ó destruido.*— En este caso, ninguno de los métodos que acabamos de describir da un resultado satisfactorio: la nariz se retrae y se aplasta siempre. Ollier, Langenbeck y algunos otros cirujanos han intentado en vano salvar este escollo fatal, poniendo á contribución las propiedades osteogénicas del periostio y aun movilizándolo piezas óseas vecinas. La cuestión parece hoy día resuelta en este sentido.

Sólo quedan dos recursos: emplear *narices artificiales*, que se fabrican en la actualidad con maravillosa perfección y que logran á menudo disimular muy bien la deformidad, ó bien imitar á Létieyant, Poncet (2), Delorme,

(1) Este procedimiento ha sido publicado anteriormente al de Nélaton, de manera que no es completamente justo atribuir exclusivamente al maestro de Paris esta feliz aplicación del método francés. Syme ha descrito también un procedimiento parecido.

(2) Véase A. Poncet (*Assoc. franç. pour l'avancement des sciences*, Nancy, 1886).

Mickulicz, Leisrink, Glück, Forgue (1), Villar (de Burdeos), Chaput, etc., practicando la *rinoplastia sobre aparatos protésicos*. Con el concurso de estos últimos, sobre todo con el trípode de Martin (figs. 569 y 570), se han obtenido ya cierto número de resultados muy satisfactorios. Sucede, sin embargo, algunas veces que con el tiempo «el trípode metálico infectado por su exposición al aire provoca la supuración y acaba por eliminarse,» y por esta razón Chaput ha imaginado hundir el trípode en el seno de los tejidos, creando así la *prótesis metálica intercutáneo-mucosa* (2).



FIG. 569.—Trípode de Martin
(de Lyon)

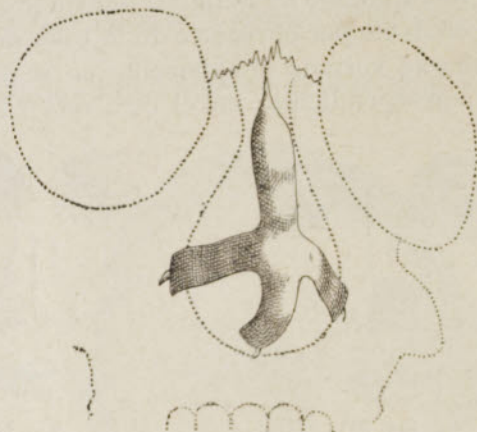


FIG. 570.—Trípode de Martin colocado en su sitio

RINOPLASTIA PARCIAL. — 1.º *Restauración del lóbulo*. — *Procedimiento de Rouge* (de Lausanne) (3). — Córtese sobre el dorso de la nariz un colgajo transversal. Diséquese en forma de puente su parte media sirviéndose de un tenotomo introducido entre la piel y el esqueleto, de manera que el colgajo quede adherido por sus dos extremos. Hágase deslizar de arriba abajo el puente cutáneo y fíjese su borde inferior al labio inferior de la pérdida de substancia del lóbulo. Llénese la brecha resultante con un colgajo parecido que se toma de encima del primero.

2.º *Restauración del subtabique*. — Se toma el material ó tejido del labio superior ó de la misma nariz.

Procedimiento labial. — Refrésquese ó avívese la superficie cutánea del canal medio subnasal, hasta el borde libre del labio. Circunscribese esta superficie por dos incisiones verticales y paralelas que interesen solamente la mitad del espesor ó bien todo el espesor del labio (fig. 571, líneas completas). Levántese el colgajo, suturese su extremidad libre al lóbulo de la nariz, y después suturense sus bordes á la mucosa del tabique. Ciérrase la brecha resultante por medio de algunos puntos de sutura.

Con el tiempo, la superficie cruenta del colgajo que queda externa adquiere los caracteres de la piel.

Se puede también cortar el colgajo labial siguiendo las líneas de puntos (fig. 571).

Procedimiento nasal de C. Hueter. — Córtese un colgajo cuadrilátero, cuyo pedículo corresponda á la parte lateral del lóbulo y que se dirija algo oblicua-

(1) Forgue, *Rhinopl. sur rapport métallique* (*Acad. de méd.*, 24 Julio de 1894; M. Chauvel, soporte).

(2) Para detalles véase Chaput, *Soc. chir.*, pág. 845, 1894. Véanse también las indicaciones y modificaciones propuestas por Delorme (*Soc. chir.*, pág. 55, 1895).

(3) Rouge (*Nouv. proc. de rhinoplastie*, Lausanne, 1868).

mente hasta la raíz de la nariz (fig. 572). Diséquese el colgajo de arriba abajo, conservando el periostio á la cara profunda de su extremidad superior. Hágasele rodar sobre su pedículo y suturese su extremidad libre á la parte superior del canal subnasal. Cíérrese la brecha resultante por puntos de sutura.



FIG. 571.— Procedimientos labiales para la restauración del subtabique de la nariz



FIG. 572.— Procedimiento nasal de C. Hueter para la misma restauración

Según C. Hueter, la capa perióstica, gracias á su propiedad de formar nuevo hueso, prevendría la atrofia secundaria del subtabique que se observa después del procedimiento labial.

3.º *Restauración del ala de la nariz.* — *Procedimiento á colgajo intercalado de Nélaton.*— Después de haber refrescado en Δ (A B C, fig. 573) la pérdida

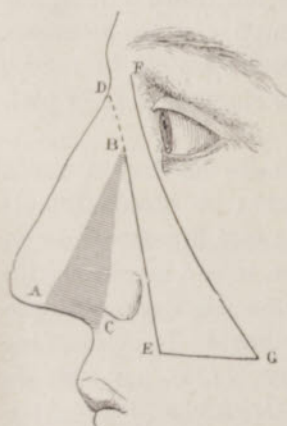


FIG. 573.— Procedimiento á colgajo intercalado de Nélaton para la restauración del ala de la nariz



FIG. 574.— Procedimiento de Denonvilliers para la misma restauración



FIG. 575.— Procedimiento de Tillaux para la misma restauración

de substancia del ala, prolónguese hacia la raíz de la nariz la incisión externa (línea de puntos de la fig. 573).

Desde la extremidad inferior de la incisión prolongada (B D) se baja otra (B E) hasta hallarse en plena mejilla, debajo de la futura ala. Trácese luego una tercera incisión (F G) más ó menos por fuera de la precedente, y júntense las extremidades inferiores de ambas por un corte de bisturí (E G). Tendremos de este modo circunscrito un colgajo triangular, cuyo pedículo arranca de la

vertiente correspondiente de la raíz de la nariz. Diséquese este colgajo de abajo arriba, inclínese después hacia la nariz y colóquese entre las dos ramas de la pérdida de substancia nasal, con las cuales se le sutura. Cíérrese, finalmente, la brecha naso-geniana, reuniendo el borde F G con el borde externo de la lengüeta triangular de tegumentos que había sido dejado intacta en el lado de la nariz y que se halla ahora rechazada hacia la mejilla por el acabalgamiento del colgajo reparador.

Procedimiento de Denonvilliers. — Córtese un colgajo triangular de base inferior, cuyo pedículo se toma del lado opuesto del lóbulo de la nariz. Para esto, hágase una primera incisión que empiece al lado de la línea media y suba hasta la raíz de la nariz, luego otra segunda que desde el extremo superior de la precedente descienda oblicuamente hasta el borde externo de la pérdida de substancia (fig. 574). Diséquese el colgajo, hágasele deslizar hacia abajo, de modo que su base venga á formar el borde libre de la nueva ala, y suturese la extremidad externa de su base á la parte externa más declive de la pérdida de substancia. Cíérrese por suturas (ó déjese vegetar) la brecha resultante.

Procedimiento de Tillaux. — Tillaux (fig. 575) prefiere cortar el colgajo sobre la cara lateral opuesta de la nariz por encima de la pérdida de substancia. Este procedimiento le ha dado varias veces resultados muy satisfactorios.

4.º *Restauración del dorso y de la cara lateral ó vertiente de la nariz.* — Se practica, según el método francés, por el deslizamiento de uno ó dos colgajos tomados de las regiones próximas. La técnica no ofrece nada de particular.

DECORTICACIÓN Ó ABRASIÓN DE LA NARIZ

La nariz es bastante á menudo el asiento de tumores múltiples ó de hiperplasias difusas, que son conocidas desde hace mucho tiempo con los nombres de *tumores elephantiacos*, *elephantiasis*, *acné sebáceo hipertrófico de la nariz*, y que están caracterizados por la hipertrofia de todos los elementos de la piel, sobre todo de las glándulas sebáceas.

Cuando se trata de tumores pediculados (de los cuales los hay á veces enormes en forma de pera ó badajo de campana), su ablación no ofrece dificultad alguna; pero sucede todo lo contrario cuando la nariz está hipertrofiada en su totalidad ó cuando está recubierta de masas múltiples, más ó menos sesiles (fig. 576). A estos casos es á los que se aplica una operación algo especial que Ollier (1), el primero, ha distinguido, en 1876, con el nombre de *decorticación*, pero que había sido practicada antes que él por Civadier (1753), por uno de los hermanos Dalrymple (1834), y más recientemente por Grynfeldt (de Montpellier) (2), por Le Dentu (3), que se ha ocupado especialmente de este asunto y al cual debemos el nombre de *abrasión* de la nariz con que también es conocida esa especial intervención cruenta, por Kirmisson (4), Delie (5) (de Ypres, en Bélgica), P. Berger, Routier, Jonnesco y Schwartz (6), quienes han dado á conocer una serie de brillantes éxitos obtenidos por el método de la decorticación.

Este método consiste en pelar la nariz extirpando tan sólo los tegumentos afectos ó enfermos y respetando el armazón osteo-cartilaginoso subyacente.

(1) Ollier (*Lyon méd.*, 1876).

(2) A. Bosc. *Essai sur les tumeurs dites éléphantiasiques du nez*, Thèse Montpellier, 1878.

(3) Le Dentu (*Soc. chir.*, 24 Octubre de 1888).

(4) Kirmisson (*Ibid.*, 31 Octubre de 1888).

(5) Delie (*Ibid.*, 1.º Marzo de 1893; M. Félizet, rapp.).

(6) Salvage, *Thèse Paris*, 1895-96, n.º 45).